

P-218

看護QIプログラムの結果をふまえた、痛みに対する質改善への取り組み

姫路赤十字病院 看護部

○横傳 照子、岡田 侑子、横田裕美子、三木 幸代

【はじめに】当院では、一般社団法人日本看護質評価機構看護ケアの質評価プログラム（以下QIとする）に参加している。2015年度の結果、A病棟は構造・過程では、全国平均を上回っていたが、アウトカム（患者満足度）は低かった。A病棟（整形外科・リハビリテーション科・麻酔科）に入院する患者は、手術や疾患により常に痛みを伴うため、痛みのケアがアウトカムの低い一つの要因ではないかと仮定した。そこで、部署の年間計画を通して痛みのケアに対する取り組みを行い、アウトカムの上昇につながったので報告する。【方法】年間痛みのケアについて取り組むため、病棟の戦略的目標に挙げチームを編成した。チームを中心に、痛みのメカニズム、症状マネジメント、整形外科疾患・麻酔科疾患の勉強会、痛みに関するリフレクションを推進した。また、一定の水準で痛みの情報を収集することが出来る症状マネジメントシートを作成した。「症状マネジメントの統合的アプローチの臨床応用」をもとに、痛みについて患者からの情報収集の項目18項目と介入について取り組み前後の変化を、看護師に対してアンケート調査をした。また、2015年・2016年度のQIの変化を比較した。【結果】アンケートにおいて、改善は18項目中17項目であった。看護師は、痛みの情報を意図的に取れるようになり対策を行っていた。アウトカムは、9.6%上昇し、特に「直接ケア」については、11.1%上昇した。【考察】痛みについて意図的に情報を得ることで、自然に傾聴や共感ができ、積極的に介入する行動に繋がった。又、リフレクションをすることで自身や他者の看護を振り返る機会となった。結果、QIのアウトカム「直接ケア」の上昇につながったと考える。

P-220

透析室・病棟間の情報伝達を図る工夫

深谷赤十字病院 看護部

○新井 桃子、高木 悦子

1）はじめに 現在A病院の透析業務は、B病棟看護師と臨床工学技師で業務が行われている。透析患者は脳外科疾患や整形外科疾患など各病棟に入院している為、透析看護師は様々な情報を把握する必要がある透析室と各病棟間の情報伝達や連携が重要となる。しかし情報伝達が上手くいかず透析室でのインシデントにつながる事が多々あった為、患者に安全な透析業務を行うことを目的に、申し送り方法の見直し・検討を行い、透析室・病棟間での情報共有につながったので報告する。2）実施内容インシデント内容から申し送り方法の検討を行った。従来の透析連絡表にシャント部位、透析前後の検査の有無、申し送り内容を明記し、透析室と病棟間で伝達確認のサイン欄を追加した。他病棟看護師にも分かりやすいよう、書き方や手順を表記したフローチャートを透析連絡表と一緒に配布・説明を行い、H28年9月より使用を開始した。2ヵ月後、透析連絡表を修正・改善前後で比較しB病棟看護師10名と臨床工学技師8名を対象にアンケートを実施した。透析連絡表が分かりやすくなり記入漏れが減ったという意見が多数あった。透析業務の流れや注意点が透析室以外の病棟看護師にも分かり、透析室・病棟間での情報共有につながった。透析連絡表を修正・実施後、透析室と病棟間での伝達によるインシデント報告はされていない。3）考察透析連絡表を修正し、フローチャートと共に各病棟に配布した事で連携が円滑に行われるようになった。透析室スタッフも限られた人数で業務を行っている為、記入しやすく見やすい透析連絡表への定期的な見直しが必要である。また安全な透析業務が円滑に進むよう透析室と病棟間で透析業務に必要な情報の伝達を行い、さらに連携を深める事が今後の課題である。

P-222

がん患者指導管理料1算定にむけた取り組みに関する報告

旭川赤十字病院 看護部

○米山 香世、松井 祥子、吉岡 瑞子

【はじめに】がん患者は、その経過の中で繰り返し意思決定場面に遭遇している。A病院では、2015年度よりがん患者指導管理料1（以下管理料1）を導入し、医師と看護師の共同で、がん患者の意思決定支援を開始した。B病棟では、がん患者へ早期介入できるよう部署間の連携を図り、運用のシステム化に取り組んだので報告する。【実践内容】運用開始（2015年8月）当初の問題点：管理料1は医師の説明時に専任看護師の同席が必要だが、病棟スタッフの認知度が低く、また、病棟の専任看護師が三交代勤務のため、ほとんど調整が行われなかった。改善した点（2015年2月）：管理料1の対象は診断期の患者を必須として周知した。また、外来師長へ依頼し、連絡や場所の提供などの調整を行った。診断目的で入院した患者を一覧表にし、外来受診時に病棟の専任看護師が自動であれば診断告知への同席を調整した。更に改善した点（2016年4月）：専任看護師の同席の機会を増やすため、緩和ケア推進室の常日勤の専任看護師へ協力を依頼した。検査入院した患者全例を対象とし、病棟からの連絡漏れ対策に、電子カルテのパス機能を利用して看護処置に組み込んだ。【結果・考察】当該診療科における管理料1の算定は、2015年度は4件であったが、2016年度は25件に増加した。診断期の全患者に対して、病棟・外来・緩和ケア推進室が連携することで、早期介入が可能となった。このことは、以降の継続看護やがん患者指導管理料2の算定を円滑に行うために役立つものと考ええる。当初、管理料1の運用の定着が困難であった。しかし、対象や時機を明確にし、業務内容を定型化したことが改善に繋がったと考える。【おわりに】運用のシステム化により早期介入の機会が確保された。今後は、質の向上と継続看護の強化を図る取り組みが課題である。

P-219

クラーク部会で取り組んだ文房具の整理整頓と書類棚の使用法の統一

北見赤十字病院 看護部

○渋谷 由佳、高橋 杏奈、佐々木敦美、稲垣美佐子、鈴江 裕子

1.はじめに
看護師がよりベッドサイドケアに専念できるよう、病棟事務業務を行う目的で平成5年より病棟クラーク（以下クラークとする）を導入し、クラーク部会を開催しクラーク業務マニュアル等を作成してきた。今回、平成26年12月病院新築移転に伴い文房具の整理整頓と書類棚の使用法の統一をしたので報告する。
2.クラーク部会とは
クラークの主な業務は、入院退院手続き、病棟設備など入院に関する説明、面会者や電話対応等である。
平成16年より隔月1回部会を開催し、活動計画を立案して実践・評価している。又、困っている事の問題解決や遭遇研修を開催して遭遇向上にも努めている。
3. 活動内容
1）文房具の整理整頓と在庫管理
全病棟のセンターテーブル、文房具収納引出しを写真撮影して現状把握と問題点を検討した。問題点はテーブル上が乱雑であり文房具数が病棟毎に違い過剰在庫があった。前者は、筆記用具を看護師自身が所持するよう協力を求め、テーブル上のペン立てを少なくした。又、文房具を同一の収納棚に整理し、収納する文房具の配置も統一した。消耗品の使用量を調べ、節減節約を意識した適正量を維持することに努めた。2）書類棚の使用法の統一化
書類を用途別に、医師用、看護師用、薬剤部用、院内提出用、クラーク用の5つに分類し、色分けしたテープを貼り全病棟統一の書類棚を作成した。
4. 結果
病棟のセンターテーブル上や引き出しを整理整頓し、文房具の所定の収納場所を決めた為、物を探す事が少なくなり過剰な在庫を置かなくなった。
書類棚は色分けした事で書類を探し易くなり、どの職種がみてもわかりやすくなった。

P-221

がん患者指導管理料1の算定状況とがん患者支援の課題

沖繩赤十字病院 看護部

○金城 めい、又吉 綾乃

【目的】がん患者指導管理料1（以降、管理料1）を算定した患者の分析により、インフォームド・コンセント（以降、I・C）時の支援と今後の課題を明らかにする。
【方法】平成28年4月から平成29年3月に緩和ケア認定看護師（以降、CN）が医師と共同して管理料1を算定した178件のカルテ記録からデータを収集し、介入時期、疾患、診療科、年代別に情報を整理、I・C時の患者支援に関する今後の課題を明らかにする。【倫理的配慮】データ収集は、個人が特定されないよう匿名化して取り扱った。
【結果】管理料1を算定した178件を分析した結果、介入時期は病名告知時、治療方針決定時で約8割を占め、その他再発告知時、病状説明時、療養先の選択時、終末期の急変時対応説明時であった。診療科では消化器外科が約5割を占めており、次いで乳癌外科、呼吸器外科、呼吸器内科、婦人科、泌尿器科、血液内科、耳鼻科、消化器内科となった。平均年齢は68.3歳（31から95歳）で、60歳以上が約7割を占めていた。【考察】介入時期においては、がんと診断された時から治療方針を検討している早い時期に約8割の患者と家族に介入していた。がん対策推進基本計画で「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」と謳われているように早期介入ができたと言える。また、医師との説明後は患者・家族と面接の時間を持ち、医師と違った視点で病名・治療方針等の認識確認、補足説明を行い、治療期間中も継続した支援（がん患者指導管理料2の算定）が実践できるようにになった。診療報酬で医師とCNが共同したI・Cが評価されたことで、連携・共同を意識したI・Cの実施、支援につながってきたと考える。しかし、CNが全てのがん患者に介入することは難しく、診療科によって介入件数に大きな開きがあり、そこを埋めていくシステムの構築やチーム医療の推進が今後の課題と考える。

P-223

他職種連携により看護必要度の精度を上げる取り組み

那須赤十字病院 看護課¹⁾、那須赤十字病院 医事課²⁾、

那須赤十字病院 医療情報課³⁾

○吉成美津子¹⁾、野原 往子¹⁾、印南 憲一²⁾、黒田 史博²⁾、井上 文子¹⁾、高橋美知子¹⁾、宮内 昭広³⁾

【はじめに】2016年の診療報酬改定にて「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」（以下：必要度）が大きく見直された。平成28年10月からのHファイルの提出にあたり、EFファイルの間にエラーが多くみられ、それぞれの病棟で確認と修正をしていた。しかし、翌3カ月も、エラーの多い状態が続いた。そのため、このエラーを一例ずつ確認したところ問題点が明確になった。今回、必要度のC項目に着目し問題点を抽出したうえで、他職種と共に精度をあげる取り組みをしたのでここに報告する。【方法】平成29年1月から3月分のHファイルとFEファイルを突合し、分析した。【結果】1. 分析結果より1) 医事課と看護部での必要度の理解不足2) 看護師自体の必要度の理解不足3) 医師の理解と協力不足4) 術式がわかりづらい5) 術後日数と必要度の術後日数がずれているなどの問題点が明確になった。2. 医事課コアメンバーと問題を共有し、必要度の解釈を読み込んで看護師の判断のポイントと、医事算定上注意することをつけて表示した一覧を作成した。3. C項目一覧を各病棟管理者へ説明し、配信した。4. 執刀医師に確認した必要度の術式を手術看護記録に入力し、病棟へ引き継いだ。5. 救命等に係る内科的治療にかかわった医師や看護師へ、診療録へのキーワードを使用した記載を依頼した。6. 情報課は、必要度画面とC項目だけでなくA項目も実施をかけると入力になるような紐付け作業を行った。【まとめ】今回、Hファイルのエラーから看護師と医事課の認識の違いに気づき、医師も含めた手術部門、処置部門、医療情報部門の他職種を巻き込みC項目の対策を立てることが出来た。今後は、看護部門の教育を強化し、精度管理を継続していきたい。